

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} mai 1883 à 1 heure.

PAR ALPHONSE JANNIN

Né à Ouroux (Saône-et-Loire), le 15 mars 1855

CONSIDÉRATIONS SUR UNE FORME MAL DÉFINIE

DE

STASE PAPILLAIRE AIGUE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. } RICHET, professeur.
PEYROT, RAYMOND, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 220

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} mai 1883. à 1 heure.

PAR ALPHONSE JANNIN

Né à Ouroux (Saône-et-Loire), le 15 mars 1855

CONSIDÉRATIONS SUR UNE FORME MAL DÉFINIE

DE

STASE PAPILLAIRE AIGUE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
PEYROT, RAYMOND, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

En séance publique en date du 9 décembre 1889, l'École a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. PANAS

Professeur de clinique ophthalmologique,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONSIDÉRATIONS

SUR

UNE FORME MAL DÉFINIE

DE

STASE PAPILLAIRE AIGUE

Parmi les maladies du fond de l'œil, la névrite optique est certainement une de celles qui intéressent au plus haut degré le médecin en général. Cette maladie constitue souvent le terrain neutre sur lequel le spécialiste se rencontre avec le clinicien, et où, tous les deux, pourquoi ne pas l'avouer, sont souvent assez embarrassés de donner une explication claire des phénomènes morbides auxquels ils assistent.

Les rapports de la névrite optique avec les lésions intra-crâniennes ont fait depuis nombre d'années le sujet de bien d'études; beaucoup de points obscurs

avant ont été éclaircis ; mais aussi, en revanche, — chose qui arrive toujours en science — des problèmes nouveaux se dressent à mesure qu'on progresse, et cent questions nouvelles surgissent là où l'on croyait avoir complètement répondu.

Oculistes et cliniciens ont compris de tout temps que particulièrement pour la névrite optique, on ne pouvait arriver à une appréciation exacte de sa valeur sémiologique que le jour où la pathogénie de ce trouble oculaire serait complètement éclaircie. Voilà pourquoi la pathogénie de la névrite prit la première place dans l'étude de cette maladie et c'est ainsi que depuis le mémorable travail de Graefe, publié en 1859, on assista à un nombre considérable de travaux sur les relations qui existent entre la névrite optique et les maladies intra-crâniennes.

L'histoire des théories pathogéniques est certainement très intéressante, mais elle est assez souvent répétée dans tous les livres classiques et dans tous les travaux sur la névrite pour que nous croyions qu'il serait superflu de consacrer quelques pages à ce sujet. Nous aurons dans le cours de ce travail l'occasion de revenir sur la pathogénie de la névrite, mais alors ce ne sera pas pour faire l'histoire de ses différents évolutions, mais pour exposer et discuter les opinions actuelles.

Mais ce qu'on est convenu de désigner sous le nom de névrite optique, en dehors de ce qu'elle ne constitue pas une entité anatomo-pathologique bien définie, serait un sujet beaucoup trop étendu pour que nous puissions

nous livrer à son étude complète. Hâtons-nous donc de bien délimiter notre travail.

Au mois de juillet 1882 nous avons été presque brusquement frappé d'une cécité complète. M. le professeur Panas diagnostiqua une névrite optique avec œdème considérable de la papille.

Après un traitement antiphlogistique très énergique, qu'institua le professeur Panas, la vue se rétablit à peu près complètement, dans l'espace de quelques mois. Cette observation, qu'on trouvera *in extenso*, un peu plus loin, nous paraît intéressante à plus d'un point.

Une papille ressemblant à s'y méprendre à ce que les Allemands désignent sous le nom de *stauungspapille* et sur laquelle le traitement a une prise si considérable était certainement digne de fixer l'attention.

Nous avons naturellement cherché si on connaissait des cas analogues et nous avons été assez heureux de trouver quelques observations.

Nous nous sommes donc livré à une étude sur les *stases papillaires* qui guérissent, et particulièrement sur les cas qui, tout en présentant d'une manière frappante les caractères des névrites après lésions intracrâniennes ne permettent nullement le diagnostic certain d'une pareille lésion.

Nous ferons précéder l'exposé de ces observations de quelques considérations générales sur l'œdème de la papille. Cette petite digression nous sera profitable, car elle nous permettra d'établir quelques points importants, qui jetteront peut-être une certaine clarté sur les cas de névrites qui guérissent.

CHAPITRE PREMIER.

On sait que de Graefe désignait sous le nom de *stauungspapille*, l'état de stase veineuse avec œdème de la papille et qu'il distinguait cet état de la névrite optique proprement dite, de l'état rouge, congestionné, de la papille.

Aujourd'hui presque tous les ophthalmologistes sont d'accord pour reconnaître qu'il n'y a pas lieu d'établir une distinction aussi nette que la voulait de Graefe. Les faits ne présentent souvent pas la netteté que notre esprit voudrait leur trouver, et nous sommes bien souvent obligés de modifier en leur présence les belles théories que nous avions faites avant de les connaître suffisamment.

La névrite optique offre un excellent exemple de ces désillusions forcées. La papille rouge est très rare, et lorsqu'on la rencontre, l'expansion du nerf optique n'est pas seulement le siège d'une congestion active; mais aussi d'une stase veineuse plus ou moins prononcée, et d'une infiltration œdémateuse. Cependant il faut dire aussi que souvent on se trouve en présence de papilles malades qu'on ne peut définir que d'une seule façon, c'est en les désignant sous le nom d'*œdème de la papille*.

Il faut dire que ce qu'on est convenu d'appeler névrite optique est constitué, dans la grande majorité des cas, par une turgescence œdémateuse de la papille dont les veines sont sinueuses et dilatées, pendant que

les artères présentent leur calibre normal, ou sont un peu diminuées.

Cet état ressemble beaucoup à celui qui serait déterminé par la ligature de la veine centrale immédiatement en arrière du bulbe oculaire. Voilà pourquoi l'on désigne par *papille étranglée* la névrite blanche et pourquoi la majorité des auteurs admettent comme cause pathogénique immédiate de ce trouble l'hydropisie de la gaine du nerf optique.

La présence d'une tumeur dans le cerveau déterminerait une augmentation de la tension intra-crânienne et comme l'espace vaginal du nerf optique communique avec l'espace sous-arachnoïdien, l'excès de liquide intra-cérébral est refoulé dans la gaine du nerf optique.

Par suite de la disposition particulière du nerf optique et de sa gaine le maximum de sa pression s'exerce sur l'espèce de collet que présente ce nerf à son entrée dans le bulbe oculaire. A ce point la pression agit probablement de deux façons : d'un côté il y a certainement de la compression de la veine et de l'artère centrale, ischémie et stase ; de l'autre, la compression peut, ainsi que l'admet Leber, agir comme irritant direct sur les fibres nerveuses du nerf optique. On saisit évidemment combien cette deuxième façon d'agir est sujette à variations, dépendantes de l'individu, de certaines prédispositions spéciales acquises ou héréditaires, etc.

Ainsi donc, dans la grande majorité des cas, l'œdème aigu de la papille est produit par une compression de l'entrée du nerf optique, de ses vaisseaux et par un travail inflammatoire, qui vient se surajouter à cette

compression et qui ayant en même temps son point de départ au point même où cette compression s'exerce, augmente d'autant plus ses conséquences morbides. Cependant des causes intra-cérébrales, si elles se trouvent sur le trajet même du nerf optique, exemple, des méningites de la base, pourront donner lieu à des névrites descendantes qui se propageront jusqu'à la papille.

Dans ces derniers cas, le processus qu'on observe assez souvent est l'atrophie de la papille; lorsque des phénomènes inflammatoires se présentent, et qu'ils sont accompagnés de la stase et de l'œdème dont nous avons parlé, ceux-ci sont dus à l'augmentation de la tension intra-crânienne et alors l'œdème s'explique de la même façon que dans les cas précédents.

Depuis que l'attention des médecins a été appelée sur l'hydropisie de la gaine du nerf optique, celle-ci a été très souvent constatée dans les cas de névrite optique. Notre savant maître, M. le professeur Panas, a publié un travail dans lequel il a montré par nombre d'observations que dans tous les cas de commotion cérébrale ou de fractures du crâne qui avaient été accompagnées pendant la vie d'œdème de la papille, on constate à l'autopsie l'hydropisie de la gaine du nerf optique; il fait remarquer en même temps, ainsi que le fait du reste M. Leber, que si quelques auteurs prétendent ne pas avoir pu constater cette hydropisie, c'est parce qu'ils n'avaient pas pris la précaution de lier préalablement le nerf optique et d'empêcher ainsi l'écoulement du liquide.

M. Parinaud a publié un travail très intéressant dans les Annales d'oculistique, travail sur lequel nous aurons à revenir plus tard et dans lequel, après avoir admis l'hydropisie de la gaine optique comme génératrice de l'œdème de la papille, il admet encore que le nerf optique est le siège d'une hydropisie interstitielle.

Pour cet auteur, toute cause intra-cérébrale, avant de pouvoir déterminer une névrite optique, doit produire un œdème cérébral. Cette opinion est peut-être un peu trop absolue. Il est incontestable qu'il y a des cas d'œdème de la papille qui sont dus à une cause intra-cérébrale et qui pourtant évoluent sans aucun phénomène du côté du cerveau; ceux-ci peuvent n'apparaître qu'après six mois ou un an. Si l'œdème était constant, des phénomènes cérébraux devraient nécessairement accompagner tout œdème de la papille.

Quelques auteurs, peu nombreux, il est vrai, ont essayé de nier l'hydropisie de la gaine du nerf optique et même la possibilité de la genèse de l'œdème aigu de la papille autrement que par névrite descendante.

M. le Dr Galezowsky a signalé un cas de tumeur du cervelet avec œdème de la papille et à l'autopsie on constata que le nerf optique était pris dans toute son étendue. « Toute la partie inférieure de l'espace sous-arachnoïdien était remplie d'une espèce de gelée épaisse, résistante, comme couenneuse. » On a certainement le droit de se demander si les lésions inflammatoires que présentaient, dans ce cas, le chiasma et les nerfs dans tout leur trajet, ont précédé ou suivi celles de la papille. En tout cas, l'état d'hypertrophie et la masse d'élé-

ments cellulaires jeunes que présentaient les nerfs optiques, ne parlent pas pour une grande ancienneté des lésions.

Si dans ce cas de tumeur cérébelleuse, l'œdème de la papille n'a pas été produit par une action à distance, mais bien par une névrite descendante, ce qui n'est nullement prouvé, il n'en est pas moins vrai que les cas de tumeur cérébrale où l'œdème de la papille a été observé, sans que les nerfs optiques présentassent sur leur trajet la moindre lésion, sont beaucoup trop nombreux pour pouvoir être discutés.

Le malade chez lequel de Graefe observa pour la première fois la stauungspapille présenta un vaste sarcome dans l'hémisphère cérébral droit.

Schweigger qui en fit l'examen microscopique en donna la relation suivante : Papilles proéminentes et dépassant d'un millimètre et plus le niveau de la choroïde ; dans leur voisinage immédiat la rétine est épaissie par suite du développement hyperplasique des éléments conjonctifs de la couche des fibres nerveuses. Par la dissociation on peut isoler de longues cellules fusiformes en noyau et des fibres nerveuses épaissies ; celles-ci présentent, en certains points de leur étendue, 4 à 6 fois leur volume normal ; c'est à peine si l'on découvre quelque vestige de cellule ganglionnaire.

Les vaisseaux, particulièrement dans le voisinage de la papille, ont leur tunique adventice épaissie et infiltrée de cellules. De nombreuses hémorrhagies couvrent la surface de la papille et la zone rétinienne adjacente.

Le tronc même du nerf optique au delà du globe oculaire ne présentait aucune altération.

Dans un second cas de tumeur cérébrale avec œdème de la papille, on constata également une prolifération considérable des éléments conjonctifs de la rétine. Mais, comme dans le cas précédent, le tronc même du nerf optique ne présentait absolument aucune altération. (Cité in Alb. Robin, thèse d'agrégation, 1880.)

Un fait est donc certain, c'est qu'il y a des lésions cérébrales qui sont accompagnées d'œdème considérable de la papille et dont il faut nécessairement chercher l'explication ailleurs que dans la propagation pure et simple des lésions de proche en proche. Cette explication, nous l'avons déjà dit, est amplement fournie par la théorie de l'hydropisie de la gaine du nerf. Cependant quelques auteurs ne veulent pas admettre cette explication.

« Comment, dit M. Galezowsky, peut-on admettre que l'existence de la pression intra-crânienne exagérée suffise pour provoquer une inflammation avec changement de la papille optique (Stauungspapille), quand aucun autre nerf des sens ou des nerfs moteurs, qui sortent comme le nerf optique à travers les différentes ouvertures crâniennes, ne présentent des lésions analogues que dans des cas tout à fait exceptionnels...

« Et puis, comment expliquer, continue le même auteur, la névrite optique des jeunes enfants qui succombent à la suite d'une tumeur cérébrale et chez lesquels les os du crâne ne sont pas soudés et peuvent, par conséquent, s'écarter facilement et à un degré bien

suffisant, pour que la compression du nerf optique et sa névrite ne se produisent pas. » (Quelques considérations sur la curabilité des névrites optiques, in *Recueil d'ophtalmologie* 1881, p. 267.)

Que les phénomènes de l'œdème papillaire ne se voient pas reproduits sur aucun autre nerf crânien, cela est facile à comprendre.

En effet, ce qui caractérise particulièrement le nerf optique, c'est son rétrécissement brusque au niveau de la lame criblée et la présence des vaisseaux dans son axe. Cette disposition n'est répétée sur aucun autre nerf crânien que nous sachions et voilà pourquoi nous ne pouvons pas observer ailleurs des phénomènes analogues à ceux de l'œdème aigu de la papille. Nulle part ailleurs la compression ne peut agir aussi puissamment et nulle part elle ne provoque nécessairement une stase aussi rapide et aussi forte.

Quant à la névrite optique observée chez les enfants, malgré la faculté qu'a chez eux le crâne de se distendre, cela n'est pas surprenant. Lorsqu'une cause quelconque augmente la tension d'un liquide contenu dans un vase élastique, il est vrai que le vase se distendra en vertu de son élasticité, mais il n'en est pas moins vrai que la tension du liquide contenu sera elle-même augmentée. Dans la méningite les fontanelles sont saillantes et pourtant l'enfant meurt avec des phénomènes de compression cérébrale, et le sang qui est contenu dans les vaisseaux, vases élastiques, change pourtant de tension presque à chaque instant.

M. Galezowski cite encore le cas d'un enfant ayant

succombé à la fièvre typhoïde et à l'autopsie duquel on constata l'hydropisie de la gaine des nerfs optiques, quoique pendant la vie il n'y eût aucun changement dans l'état de la papille.

Ceci prouve que toute hydropisie ne détermine pas nécessairement l'œdème de la papille. Mais la pathologie n'est-elle pas bondée d'exemples analogues de la non-fatalité des causes morbigènes ?

Une méningite peut occuper les hémisphères cérébraux, traverser toutes ses phases, aboutir à une issue fatale, sans qu'il y ait le moindre changement dans la papille ; de même que, comme le font remarquer Sown et Galezowski, l'œdème papillaire ne paraît quelquefois que tout à fait à la fin de l'évolution d'une tumeur cérébrale.

La tumeur se développe lentement, le cerveau s'y habitue, il y a une espèce d'acclimatation. Mais un jour, pour la moindre cause fortuite, l'équilibre est rompu, la tension intra-crânienne est brusquement augmentée et vous avez tous les phénomènes d'une hydrocéphalie aiguë auxquels se joignent ceux d'un œdème considérable de la papille.

Donc pour nous résumer, toutes les fois qu'un œdème de la papille se développe et que la cause ne siège pas sur le trajet même du nerf optique, le mécanisme de cet œdème est le suivant : Augmentation de la tension intra-crânienne, hydropisie de la gaine vaginale et dans quelques cas même hydropisie interstitielle du parenchyme nerveux, enfin compression et quelquefois irritation du nerf optique à son entrée dans la bulbe oculaire.

La compression produite par hydropisie peut ne pas être accompagnée d'irritation ; ceci dépend des individus. En tout cas cette action simple ou double doit probablement jouer un très grand rôle dans la curabilité des lésions oculaires.

CHAPITRE II.

Dans le précédent chapitre nous avons exposé assez brièvement la façon dont les causes cérébrales agissent pour produire un œdème de la papille. Ces causes étaient des tumeurs ou bien des méningites.. Nous tâcherons de voir maintenant si des causes intra-cérébrales de nature essentiellement passagères ne suffiraient pas pour provoquer l'œdème de la papille.

Du moment que, comme nous l'avons vu, l'augmentation de la tension intra-crânienne jointe à une irritabilité plus ou moins grande du nerf optique sont amplement suffisantes pour donner lieu aux troubles qui nous occupent, comme cette augmentation de tension intra-crânienne peut être produite par une foule de causes, l'idée de la possibilité d'une névrite optique secondaire différente de celles exposées précédemment, se présente tout naturellement à l'esprit.

Qu'il nous soit permis, avant d'aller plus loin, de donner *in extenso* une observation très importante que nous empruntons à M. Parinaud.

OBSERVATION I.

Hydrocéphalie simulant une tumeur cérébrale. — Névrite optique double, apoplexie de la rétine. — Les ventricules sont dilatés par une quantité considérable de liquide. La substance cérébrale est complètement ramollie, mais ne présente aucune autre altération. — Hydro-
pisie de l'espace sous-vaginal du nerf optique et dilatation de la gaine externe.

Histers, 12 ans et demi, entrée le 8 mai 1876, salle Sainte-Catherine, n° 4, service de M. Bouchut.

Cette jeune fille a été bien portante jusqu'au mois de février dernier. A cette époque, sans cause connue, elle a été prise de vomissements de bile qui se renouvelaient trois ou quatre fois par jour et de douleurs très vives au niveau des premières vertèbres dorsales. Ces accidents ont duré sans changement pendant un mois.

Alors les douleurs ont cessé pendant une huitaine de jours, mais les vomissements ont persisté, puis les douleurs ont reparu et les vomissements ont changé de caractère; ils étaient surtout composés d'aliments digérés et de bile.

Actuellement, la malade rend tout ce qu'elle prend. Les douleurs rachidiennes ont été remplacées par des céphalalgies très intenses. La langue est bonne, pas de gastralgies, les selles sont naturelles. Le corps a beaucoup maigri et l'épiderme est le siège d'une desquamation furfuracée. Il n'y a aucun trouble du mouvement ni de la sensibilité. L'examen des différents organes ne révèle d'autres altérations qu'un peu de submatité et

d'expiration prolongée sous la clavicule droite. Le pouls est inégal, petit, intermittent. T. 37°.

Le fond de l'œil est normal. La papille offre une teinte rosée uniforme assez prononcée, mais il n'y a aucune trace d'infiltration. Les veines et les artères de la rétine sont d'un petit volume.

Les veines présentent vers la périphérie quelques sinuosités peu prononcées comme on en trouve fréquemment dans l'état normal. La vision est bonne; la malade lit les caractères les plus fins; mais elle dit voir double par moment et avoir des troubles passagers de la vue. On ne constate ni diplopie ni déviation des yeux. Les pupilles sont égales, un peu dilatées.

16 mai. Depuis son entrée à l'hôpital, l'état de la malade est resté sensiblement le même. Elle continue à vomir presque tout ce qu'elle prend, elle souffre toujours beaucoup de la tête et éprouve dans la région occipitale des élancements qui lui arrachent des cris aigus.

Le fond de l'œil, examiné à plusieurs reprises, n'a présenté aucune modification.

Le 18. Rien encore dans le fond de l'œil.

Le 20. Depuis deux jours l'état de la malade s'est aggravé.

Les douleurs de tête ont augmenté d'intensité et reviennent par crises pendant lesquelles l'enfant pousse des cris continuels. Dans l'intervalle, elle est très abattue, mais conserve toute son intelligence. La respiration est lente et régulière, le pouls présente toujours quelques intermittences. Pas de fièvre.

Le fond de l'œil, qui était normal il y a deux jours,

présente aujourd'hui une névrite bien caractérisée. Les bords de la papille sont complètement voilés par l'infiltration. La papille elle-même a un aspect nuageux et une coloration beaucoup plus blanche qu'avant le développement de la névrite. Les veines ne présentent pas de dilatation notable. On constate dans l'œil gauche, autour de la papille, trois petites hémorragies dont la plus volumineuse a les dimensions d'une lentille.

Le 21. De nouvelles apoplexies se sont produites dans les deux yeux.

La rétine ne présente pas d'autre altération appréciable.

La papille est encore plus complètement voilée par l'infiltration et conserve une coloration blanche.

Le 25. Depuis deux jours, il s'est produit une amélioration dans l'état de la malade. Les douleurs sont moins vives et l'abattement moins profond.

La respiration est lente et régulière, le pouls petit et irrégulier, 80. T. 36, 2.

Le fond de l'œil ne présente pas de modifications notables.

10 juin. Les crises violentes de céphalalgie, qui ont précédé et accompagné le développement de la névrite, ne se sont pas reproduites, et l'affection prend de plus en plus les allures de la chronicité. La malade sans paraître beaucoup souffrir, pousse parfois des cris qui ont les caractères des cris hydrencéphaliques. Les vomissements persistent et rendent l'alimentation difficile ; aussi l'amaigrissement fait des progrès rapides.

Les apoplexies de la rétine sont en grande partie ré-

sorbées, mais la névrite s'est développée et a changé d'aspect.

La papille présente une coloration rougeâtre ; elle est proéminente et sa saillie se reconnaît à la facilité avec laquelle on la voit à l'image droite et à la disposition suivante des veines. Outre le coude qu'elles forment sur les bords de la papille, leur coloration présente les particularités suivantes que nous considérons comme un des signes les plus infaillibles de la tuméfaction papillaire. Au centre de la papille, elles ont une coloration foncée, noirâtre; sur la papille même, une coloration claire avec un double contour; sur le bord du disque papillaire, elles redeviennent très foncées, et quelques-unes en ce point sont presque complètement voilées par l'infiltration. Dans le reste de leur étendue, les veines sont très dilatées et sinueuses, tandis que les artères sont très minces.

La rétine ne présente d'infiltration que dans une très petite étendue autour de la papille.

Le 22. Les anciennes hémorragies ont presque complètement disparu, mais il s'en est produit de nouvelles dans les deux yeux. Les signes de l'étranglement papillaire sont de plus en plus prononcés.

La malade distingue encore les caractères ordinaires d'imprimerie.

Il y a par moment un léger strabisme qui disparaît dès que la malade fixe quelque chose.

L'état général est modifié. Les vomissements persistent et l'affaiblissement fait des progrès.

La malade conserve toute sa connaissance, bien que

son intelligence soit notablement affaiblie. Elle prononce parfois des phrases incohérentes.

Le 15 juillet. Les apoplexies rétinienne ont presque complètement disparu. La névrite présente les mêmes caractères.

La malade tombe dans le marasme, tendance aux eschares.

3 août. Depuis quelques jours, la malade avait des défaillances. Hier, après avoir pris un peu de nourriture, elle a pâli subitement et a succombé en quelques minutes, sans phénomènes convulsifs, sans asphyxie.

Autopsie. — Les méninges sont très anémiées. Les capillaires, aussi bien que les veines de la pie-mère, ne renferment qu'une très petite quantité de sang et le cerveau dans son ensemble offre une pâleur qu'on a rarement l'occasion d'observer.

Les circonvolutions sont très aplaties. Le cerveau est volumineux, mou, fluctuant, et renferme une grande quantité de liquide qui s'échappe par une rupture qui s'est faite au niveau du lobe sphénoïdal droit où les parois du ventricule moyen sont très anémiées.

Tous les ventricules, même le quatrième, sont énormément dilatés, et l'aqueduc de Sylvius forme un canal qui peut recevoir l'index.

La substance cérébrale est partout très ramollie et forme une bouillie sur laquelle il est impossible de faire des coupes régulières; mais son examen, fait avec le plus grand soin, ne révèle aucune altération appréciable à l'œil nu, autre que le ramollissement. Les méninges ne renferment pas de traces de tubercules. En un

mot, on ne trouve aucune tumeur, ni aucune altération inflammatoire à laquelle on puisse rapporter l'hydrocéphalie.

L'œil gauche est enlevé avec précaution par l'intérieur du crâne, le sujet reposant sur la face. (Le cerveau a été enlevé dans cette position pour prévenir l'écoulement du liquide contenu dans l'espace sous-vaginal du nerf optique.) La gaine externe est dilatée par du liquide dans toute son étendue. Le nerf optique à ce niveau paraît avoir trois fois son volume ordinaire par le fait de cette dilatation.

Avant d'enlever l'œil droit par le même procédé, on place le sujet sur le dos et on trouve très peu de liquide dans l'espace sous-vaginal, parce que la communication avec le crâne était assez facile pour permettre l'écoulement par les seules lois de la pesanteur. La gaine externe est très dilatée.

L'absence du liquide dans l'espace sous-vaginal ne prouve donc pas toujours l'absence d'hydropisie lorsque les yeux n'ont pas été enlevés avec certaines précautions.

Une ligature posée sur le nerf dans sa portion intracrânienne n'est pas toujours suffisante pour prévenir l'écoulement du liquide.

Un des yeux est ouvert. La papille forme une saillie très prononcée, ayant deux fois la dimension d'une papille ordinaire; elle a un aspect gris, gélatineux.

Les vaisseaux forment sur les bords un coude bien manifeste. On distingue à la loupe quelques petites ta-

ches noirâtres, traces d'anciennes hémorrhagies rétinienues.

Quelques petits noyaux caséux dans le sommet du poumon droit, rien dans les autres viscères.

Cette observation est intéressante à plus d'un point. D'abord il en résulte d'une façon indiscutable qu'une hydrocéphalie peut donner lieu à une papillite absolument analogue à celle qu'on observerait à la suite d'une tumeur cérébrale. Cette ressemblance a été si frappante dans l'observation que nous venons de citer, que, ainsi que l'avoue M. Parinaud lui-même, le diagnostic fait pendant la vie a été celui de tumeur cérébrale.

En présence de cette observation on a le droit de se demander si des papilles étranglées dues à des troubles diffus du cerveau, ne sont pas plus fréquentes qu'on ne le croit.

Cette question est d'autant plus justifiée, qu'un grand nombre de névrites qui guérissent, si elles sont accompagnées de phénomènes cérébraux légitiment, bien plus, par ces derniers, le diagnostic d'un trouble général que d'une lésion en foyer du cerveau.

Bien des observations de névrites aiguës guéries et attribuées à des méningites plus ou moins problématiques ne peuvent soutenir la critique.

M. Leber résume de la façon suivante les névrites guéries et où l'on suppose une méningite localisée comme cause de la maladie.

« On remarque quelquefois chez les adolescents des

papillites à marche chronique qui paraissent être dues à une méningite localisée (Socin). Il se développe dans l'espace de quelques semaines un trouble visuel progressif qui va jusqu'à la cécité complète. On observe en même temps des céphalalgies vives quelquefois aussi de la somnolence et du ralentissement du pouls. A l'ophtalmoscope on constate une papillite plus ou moins prononcée qui peut passer plus tard à l'atrophie.

« Par un traitement antiphlogistique énergique on voit souvent survenir des améliorations partielles ou totales. » (Leber in Græfe Saemisch, vol. V, p. 223.)

On le voit donc, dans la grande majorité de ces cas le diagnostic de la méningite est fait d'après les céphalalgies vives, la somnolence et quelquefois le ralentissement du pouls, symptômes qui auraient plutôt indiqué une congestion, une anémie cérébrale, etc., c'est-à-dire plutôt un trouble diffus qu'une méningite localisée.

L'élimination du diagnostic de la méningite serait dans ces cas, pensons-nous, d'autant plus justifiée que l'absence de phénomènes précis est accompagnée d'une remarquable bénignité relative de la névrite.

Nous nous garderons d'être catégoriques, ce serait de notre part trop de hardiesse et peut-être trop de légèreté. Il vaut certes mieux dans ces questions si difficiles être d'une timidité prudente et attendre avant de poser des principes qu'un grand nombre de faits viennent justifier une pareille tentative. Ceci dit pour éviter des malentendus, nous pouvons continuer le développement de notre pensée.

On sait qu'en dehors des névrites secondaires dont

nous avons parlé jusqu'à présent, on admet aussi des névrites idiopathiques. On sait que pour de Græfe les névrites idiopathiques étaient des névrites rouges et différaient absolument des névrites avec stase qui, dans sa pensée, étaient toujours secondaires.

Nous avons vu tout ce que cette distinction avait de trop catégorique, et nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'y revenir.

On range encore, parmi ces cas de névrites idiopathiques, quelques-unes de celles qu'on observe chez les femmes à l'époque de la ménopause.

M. le professeur Panas admet avec Leber une classe de névrites qu'il appelle utérines.

Les femmes, dit aussi M. Galezowsky, sont assez souvent prédisposées aux accidents oculaires et cérébraux pendant la période de leur formation, ou plus tard à la suite de la suppression des règles, ou pendant la période critique de la ménopause. Sous l'influence d'une suppression plus ou moins brusque du flux menstruel, dit le même auteur, on voit survenir des congestions graves aux méninges, pouvant donner lieu à une névrite optique consécutive des papilles, tantôt partielle, tantôt totale.

M. Galezowski cite à l'appui de sa thèse un cas qu'il observa avec M. le professeur Peter, en 1873.

« Une malade était venue de Belgique pour une atrophie papillaire consécutive à une névrite. Elle était âgée de 51 ans, et dix-huit mois avant, elle avait perdu subitement ses époques menstruelles. Trois mois plus tard elle a été prise d'accidents cérébraux graves, avec vo-

misements, maux de tête très violents, convulsions et perte de connaissance. Dans le courant de ces accidents cérébraux elle avait perdu la vue, et tandis que tous les accidents cérébraux ont guéri, la vue au contraire s'est perdue définitivement par suite d'une atrophie des papilles qui a suivi la *névrite constrictive* (Staungspapille).

« Evidemment, dit le savant ophthalmologiste à qui nous empruntons cette observation, il s'agissait d'une méningite hémorrhagique survenue à la suite de la suppression trop brusque de ses époques. Peut-être si on avait saigné cette malade aux cuisses et attiré le sang vers les parties génitales, on aurait arrêté à temps les accidents méningitiques et prévenu l'étranglement du nerf et la cécité.

« En appliquant, en effet, une ou deux sangsues au haut de la cuisse tous les mois, je suis arrivé à arrêter bien souvent les conséquences désastreuses des névrites optiques et à restituer la vue en partie ou en totalité. »

Il y a des cas très analogues à celui qui vient d'être cité plus haut, mais qui présentent un degré bien moins prononcé dans les accidents produits par la poussée vers le cerveau avec augmentation de la tension intracrânienne, et qui donnent prise à un traitement énergique.

M. Galezowski a publié plusieurs cas de guérisons de névrite après troubles menstruels par un traitement très énergique.

Ces malades présentaient bien souvent des phénomènes d'excitation cérébrale et nous croyons que dans ces cas on a le droit de se demander si la névrite, au lieu

d'être la conséquence d'une méningite ainsi qu'on le pense quelquefois, n'est pas simplement due à une augmentation de tension intracrânienne produite par un afflux complémentaire du sang vers le cerveau.

En dehors des névrites consécutives aux troubles menstruels, on en a signalé dans le cours de quelques fièvres éruptives. Pflüger (1) rapporte le cas d'un enfant qui, dans le cours d'une scarlatine, présenta une névrite double. L'urine dont on avait fait l'analyse tous les deux jours ne contenait pas de trace d'albumine. Il y a eu amélioration considérable. Nous donnons ici-bas une observation publiée par M. Galezowski et qui nous paraît très intéressante.

OBSERVATION II.

Névrite optique double consécutive à la rougeole. --- Guérison.
(Galezowski, Rev. d'ophthal., 1884, p. 276.)

Le garçon Max B..., âgé de 6 ans et demi, demeurant à Paris, me fut amené le 27 avril 1878 et se trouve inscrit au n° 39,579. L'enfant est bien constitué et il est le troisième enfant sur cinq qui tous se portent bien. Vers le 10 mars, il fut pris d'une rougeole très intense avec beaucoup de fièvre dont il a pourtant guéri au bout de huit jours. Quinze jours après la maladie, les parents se sont aperçus que l'enfant ne voyait pas bien, et il faut dire que pendant toute sa maladie, il lisait à haute voix pour se distraire. Au commencement on n'y faisait pas

(1) Pflüger. Névrite optique, in Arch. de Graefe, v. 24, I, p. 177.

attention, mais lorsque la vue est devenue beaucoup plus faible on me l'a amené. A l'examen extérieur on pouvait constater que les papilles ne se contractaient pas bien, elles étaient larges et peu mobiles, la droite un peu plus que la gauche. L'acuité visuelle était diminuée au point que, à la distance de 4 mètres, il pouvait à peine distinguer le n° 100, et il ne pouvait lire qu'avec peine le n° 8 de l'échelle. A l'examen ophtalmoscopique fait en présence de MM. Despagne, Yvert

Toledano, nous avons pu constater une névrite optique double semblable sous tous les points à celles qu'on trouve dans les méningites. Pourtant il n'y avait point de signes de cette dernière affection. Nous avons prescrit immédiatement des vésicatoires volants aux deux tempes, un tous les huit jours à chaque tempe, de sorte qu'à la fin du traitement on lui avait appliqué dix vésicatoires. En même temps, l'enfant a pris pendant six semaines de l'iodure de potassium, 25 centigrammes par jour.

Déjà au bout des deux premiers vésicatoires, il a commencé à mieux voir. Peu à peu le mieux s'accroissait, et le 15 juin suivant, nous avons pu cesser tout traitement, car la névrite a complètement disparu, l'enfant voyait parfaitement bien et pouvait lire sans aucune difficulté les caractères les plus fins de l'échelle typographique. Le champ visuel reste complètement libre, $S = 1$. A l'ophtalmoscope les papilles paraissent un peu pâles, mais les contours sont nets et les papilles se contractent d'une façon tout à fait régulière.

Ce cas de névrite double sur lequel un traitement dérivatif a une influence si salubre nous paraît être à même d'imposer à propos des névrites dans les fièvres éruptives la même question que nous avons posée à propos de certaines névrites après accidents de la menstruation et qui guérissent par un traitement dérivatif énergique.

Certaines névrites accompagnent les pyrexies et présentant des phénomènes de stase papillaire ne peuvent-elles pas être dues à une augmentation de la tension intra-crânienne, produite par la fièvre ?

CHAPITRE III.

Nous avons dans le précédent chapitre touché déjà à la question des névrites qui guérissent. Nous avons émis une hypothèse, que nous croyons relativement justifiée par les observations cliniques et qui est confirmée par les succès du traitement. Partout il a été dérivatif. Et tous les cas de succès dans les névrites par accidents utérins et quelques-uns des cas où la maladie des yeux accompagnait ou suivait leur fièvre éruptive, subissaient une amélioration partielle ou totale par un traitement antiphlogistique.

En dehors de ces cas il y en a cependant d'autres qui à certains points de vue prêtent bien moins à des discussions, mais qui en revanche présentent aussi une plus grande difficulté au point de vue pathogénique.

Il s'agit de certains cas d'œdème de la papille qui gué-

rissent par le même traitement dérivatif et qui tout en présentant les caractères d'une névrite avec stase, due à une lésion intra-crânienne ne permettent nullement le diagnostic certain d'une pareille lésion.

Nous donnons ici une observation publiée par M. Galezowski, qui pense qu'il s'agit dans ce cas d'une méningite latente :

OBSERVATION III.

(Galezowski, Recueil d'opht., 1881, p. 277).

Jeanne D., âgée de six ans et demi est amenée le 16 septembre 1879 à la clinique de M. Galezowsky pour une amaurose presque complète des deux yeux. Cette enfant d'une bonne constitution aurait été habituellement bien portante. Il est très difficile de se renseigner sur le début de ses troubles oculaires ; l'enfant est accompagnée par une personne étrangère qui ne peut donner aucun renseignement, il faut donc s'en rapporter au dire de l'enfant. D'après ce qu'elle raconte, il y a environ six semaines, elle se serait tout à coup, en fermant l'œil droit, aperçue qu'elle ne voyait pas de l'œil gauche. Quelques jours plus tard au réveil, un matin, la vision était également perdue dans l'œil droit. Cette amaurose était presque absolue ; la malade distinguait bien le jour de la nuit, mais ne pouvait pas se conduire et ne voyait pas les personnes qui l'entouraient. Aucune douleur dans les yeux ni autour de l'orbite. La malade voyait des cerceles lumineux dans l'œil gauche. En

l'interrogeant sur l'état de sa santé à cette époque, il semble résulter de ses réponses, du reste très confuses, que vers ce moment elle aurait eu des vomissements et de la fièvre. C'est tout ce que l'on peut obtenir d'elle comme renseignements.

En examinant la vision on reconnaît, à la date du 16 septembre, que la malade voit la lumière et reconnaît quand on interpose la main entre la lumière et ses yeux, mais elle ne voit pas les doigts de cette main et ne peut les compter. Les papilles sont largement dilatées. A l'ophtalmoscope on constate une transparence parfaite des milieux de l'œil. Dans l'œil gauche la papille fortement infiltrée, fait saillie en avant; elle est d'une coloration gris rougeâtre, qui se confond avec celle des parties voisines; elle est le siège d'une infiltration séreuse qui s'étend un peu à la partie environnante de la rétine avec laquelle elle se confond presque complètement. Les veines sont un peu dilatées. Les artères normales. Dans l'œil droit les lésions sont à peu près pareilles.

On diagnostique une névrite optique double consécutive à une méningite latente, que rendent probable les vomissements et la fièvre rapportés par la malade au moment où se sont déclarés les troubles de la vue. Comme traitement, on prescrit l'iodure de potassium et des vésicatoires répétés au front et aux tempes. Le 26 septembre, on constate une certaine amélioration, la papille de l'œil gauche est toujours saillante et infiltrée, mais moins qu'au début; sa couleur est blanc grisâtre et se détache de la couleur rougeâtre des parties voisi-

nes ; elle est large, gonflée, à bords irréguliers. Les veines sont flexueuses. Dans l'œil droit la papille est un peu plus infiltrée, les caractères en sont à peu près les mêmes que ceux de la papille gauche ; elle est également large, saillante, à bords déchiquetés, et sur certains points, vaguement accusés. De l'œil gauche, la malade lit de près le n° 20 de l'échelle de Galezowski (lettres blanches sur fond noir) et de l'œil droit elle lit le n° 30. La santé générale est du reste très bonne ; l'enfant ne souffre aucunement et a bon appétit ; elle ne tousse pas.

Le 10 octobre, l'amélioration continue ; les papilles sont encore larges, leur forme est arrondie et leurs bords sont nets, sauf à la partie inférieure et externe (image renversée) de l'œil droit, où le contour de la papille n'est que vaguement accusé. L'enfant lit de chaque œil le n° 12 de l'échelle à une très petite distance, plus facilement avec l'œil gauche qu'avec le droit.

Le 17. L'amélioration se soutient. La malade lit le n° 5 de l'œil gauche, et le n° 8 de l'œil droit, mais à une très petite distance, 7 ou 8 centimètres. La santé générale est excellente.

7 novembre. Il n'y a plus que quelques traces d'infiltration des deux papilles. L'œil gauche lit le n° 3 et l'œil droit le 4.

Quelle qu'eût été la cause de l'œdème des papilles chez cette enfant, il y a plusieurs points dans l'histoire de sa maladie que nous tenons à faire ressortir.

Le début a été rapide, brusque même : il a été accom-

pagné de quelques phénomènes d'excitation cérébrale; phénomènes diffus ne persistant pas et disparaissant assez rapidement. La malade voyait des cercles lumineux dans l'œil gauche, et c'est justement cet œil qui présentait la stase et l'œdème les plus accentués.

Enfin ce qui est remarquable, c'est que la maladie reste stationnaire pendant six semaines, et qu'aussitôt que le traitement est institué il suffit de dix jours pour qu'une amélioration se montre et que cette amélioration aille progressivement jusqu'à la guérison à peu près complète.

Mais on aurait le droit de se demander en présence de cette observation si l'amélioration n'aurait pas pu se montrer bien plus vite dans le cas d'un traitement institué plus tôt. Nous croyons pouvoir répondre affirmativement, et c'est ce que prouvera, nous l'espérons, suffisamment le cas suivant :

OBSERVATION IV (personnelle).

Jannin, âgé de 27 ans, étudiant en médecine, est entré dans le service de M. le professeur Panas le 26 juillet.

Antécédents. — Père mort en 1873, rhumatisant cardiaque. Mère rhumatisante, mais assez bien portante. Pas d'antécédents oculaires dans la famille. Le malade est herpétique, n'a jamais fait de maladie aiguë grave, n'a jamais eu aucune affection des yeux. Il a eu quelquefois des douleurs articulaires et musculaires rhumatoï-

des (3 à 4 fois dans sa vie). Originaire d'un pays marécageux, il est sujet presque tous les ans à 3 ou 4 attaques de fièvre ressemblant beaucoup à un embarras gastrique passager.

Le 8 juillet dernier, le malade fit quelques excès de boisson.

Le 13, il fut pris de courbature, céphalalgie, inappétence, bref tous les signes d'une de ses fièvres habituelles.

Le 14 et le 15 la fièvre est très forte mais après avoir pris 60 centigrammes de sulfate de quinine, le malade est débarrassé de sa fièvre le 15 au soir.

Les 16, 17, 18 et 19 rien de nouveau, si ce n'est toutefois que le malade se fatiguait beaucoup à travailler pour un examen. Il prenait tous les jours 5 à 6 tasses d'un café très fort.

Début. — Le 21 juillet au matin, le malade s'aperçoit, en se mettant à son travail (lecture) que sa vue est trouble; ses yeux lui semblent recouverts d'un léger nuage qui persiste pendant une demi-heure le matin pour reparaître le soir pendant une heure, de sept à huit heures.

Le 22. Il lui est impossible pendant quelques instants, une minute au moins, de distinguer les caractères d'imprimerie. Après des efforts, il parvient à lire, mais le nuage qui lui obscurcit la vue, dure pendant une heure le matin et revient le soir de sept à dix heures.

Le 23. Au lever il ne voit presque pas, à tel point, qu'il doit demander à son garçon s'il fait jour ou nuit.

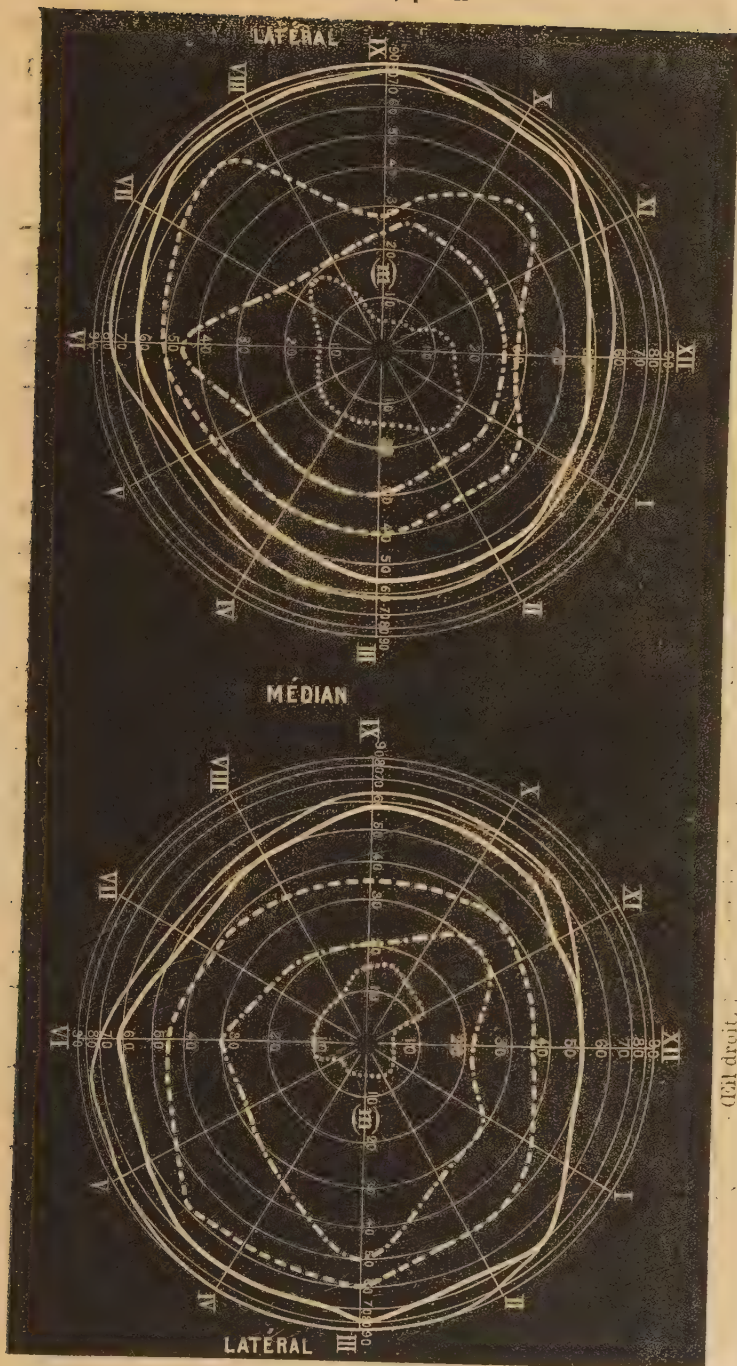
Une heure après son lever, la vue s'éclaircit; mais vers trois heures de l'après-midi, le malade est pris d'une céphalalgie violente et ne distingue que très mal les objets et les personnes. Le même soir il fit quelques excès de boisson.

Le 24. Nuage intense devant les yeux dès le lever. Le malade vient à l'Hôtel-Dieu consulter M. le professeur Panas qui constate ce qui suit: une diminution considérable du champ visuel. Dilatation des pupilles, surtout de la gauche. Quand le malade cherche à accommoder, la papille gauche seule se contracte légèrement. A l'ophtalmoscope on constate une stase veineuse considérable, la papille est œdématiée et elle présente, ainsi que la macula, un exsudat floconneux. On croit tout d'abord à un épanchement syphilitique, mais le malade déclare formellement ne jamais avoir eu de syphilis; du reste on ne constate aucune trace de cette maladie. Le malade se plaint de céphalalgie et de douleurs rétro-orbitaires violentes.

Traitement. — 2 grammes d'iodure de potassium, 2 pilules d'aloès; un bain de pieds sinapisé.

Le 25. Le malade ne voit plus du tout au moment où il revient à la clinique. Le matin à son lever il distinguait encore la forme des objets d'une façon confuse; mais en se mettant en route pour venir à l'hôpital, sa vue s'obscurcit complètement, au point qu'il fut obligé de se faire conduire. Il entre à la clinique. Céphalalgie générale intense, douleurs intra-orbitaires.





Oeil gauche.

Oeil droit.

..... = Bleu.
 - - - - - = Rouge.
 = Vert.

Traitement. — 20 sangsues aux apophyses mastoïdes (10 de chaque côté); 2 grammes d'iodure de potassium; une friction mercurielle sur l'avant bras; bains de pieds sinapisés.

Le 26. Même traitement, cécité complète.

Le 27. Le malade étant très congestionné, on lui supprime son iodure, qui est remplacé par 4 grammes de bromure de potassium. On lui passe un séton à la région postérieure du cou. Une friction mercurielle tous les jours, ainsi qu'un verre d'eau de Sedlitz ou deux pilules d'aloès. Bain de pieds sinapisé.

Le 28. Le traitement précédent est continué.

Le 31. Le séton suppure beaucoup. Malgré cela les douleurs de tête et des yeux persistent. On ordonne six ventouses scarifiées entre les omoplates. Les ventouses donnent 250 grammes de sang.

1^{er} août. Le malade est aujourd'hui très soulagé. Plus de douleurs de tête ni d'yeux. Les pupilles sont toujours dilatées et la cécité est toujours complète. La papille est très œdématiée, les veines dilatées et sinueuses. On remarque toujours le même exsudat floconneux qu'à l'examen du 24 juillet.

Le 3. Le matin en se réveillant, le malade croit voir remuer son rideau de lit qu'il avait agité avec la main. Pendant tout le reste de la journée il ne peut plus distinguer ce mouvement.

Le 4. A son réveil, il perçoit de nouveau les mouvements de son rideau. Il appelle alors deux malades et il voit parfaitement deux formes confuses. Pendant deux à trois jours à partir de ce moment, il ne

peut percevoir les formes entières d'un seul coup, et il ne peut le faire qu'en fixant son regard sur des parties restreintes de la forme totale. La vision qualitative est revenue.

Le 5. L'amélioration s'accroît et le malade peut distinguer les doigts lorsqu'on les rapproche beaucoup de ses yeux. Il aperçoit aussi de près les mouvements qu'on fait avec les bras.

Le 6. Le malade voit les doigts d'un peu plus loin, commence à distinguer les formes.

Le 7. Pour la première fois, il aperçoit sur le parquet de la salle, l'ombre des montants de la fenêtre, projetée par le soleil ; mais il faut qu'il se penche sur le parquet à une distance d'au moins 50 centimètres environ, afin de pouvoir distinguer cette ombre. Il commence à entrevoir les figures des personnes, le front bien mieux que la partie inférieure.

A l'ophthalmoscope, on constate une diminution de la congestion, de l'œdème, ainsi que de l'exsudat.

Le 8. La netteté de la vision augmente. On applique entre les omoplates 6 ventouses scarifiées qui donnent 120 grammes de sang.

Le 10. Le malade est pris de courbature. Il a de la céphalalgie, de l'anorexie. La langue est sale, blanchâtre. Soif vive. Douleurs dans l'avant-bras et le poignet ; les gencives sont douloureuses. La peau est sèche, brûlante ; le pouls fréquent. On suspend le traitement.

Le 11. La fièvre n'a pas cessé. La nuit a été agitée, insomnie interrompue par des assoupissements remplis

de cauchemars. Soif ardente. Température prise le soir 39° 3. Diète. Pas de traitement.

Le 12. La nuit a été plus calme et la fièvre moins forte. Le malade prend 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 13. La fièvre a disparu. La langue est toujours sale. Un verre d'eau de Sedlitz pour tout traitement.

Le 15. L'appétit revient depuis deux jours. Un verre d'eau de Sedlitz. La congestion de la papille a diminué.

Le 16. Depuis le 13 réapparition du sens des couleurs ; le jaune et le bleu sont très nettement distingués, mais le rouge est toujours confondu avec le jaune et le vert avec le bleu.

A l'ophtalmoscope on constate encore de la congestion des veines, mais l'œdème a disparu.

Le 17. Le traitement avait été supprimé depuis le 11. On le reprend ce jour-ci en ordonnant 4 grammes de bromure de potassium et une friction mercurielle par jour. Le malade n'éprouve plus aucune lourdeur de tête ; il distingue nettement le visage des personnes à peu près à un mètre de distance et lit des caractères d'imprimerie de trois centimètres de longueur. La fatigue arrive très vite. Les rayons lumineux sont aperçus très nettement à une distance de deux mètres.

Le séton suppure beaucoup.

Le traitement est continué jusqu'au 25, époque à laquelle le malade sort de l'hôpital, pour se rendre dans son pays.

Arrivé à Sancerre le malade est très faible.

Pendant huit jours il continue ses frictions et son iodure de potassium.

A partir de ce moment jusqu'au 25 septembre il ne suit aucun traitement.

La vue revient graduellement. Vers le 15 septembre le malade voit à peu près à un kilomètre de distance le toit rouge d'une maison. Ainsi la perception du rouge est revenue.

Le 28 septembre, le malade fut pris encore d'un accès de ses fièvres habituelles.

Le matin de ce jour le malade pouvait parfaitement lire des caractères cicéro, et le soir, deux heures après le début de sa fièvre; il lui était impossible de lire une seule lettre. Il prend un gramme de sulfate de quinine. Le lendemain, la fièvre étant complètement disparue, la vision était revenue d'elle-même.

Le 26. Retour du malade à Paris.

M. le professeur Panas constata à l'ophthalmoscope que les papilles étaient blanchâtres et que les vaisseaux étaient à peu près revenus à leur calibre normal. Il conseille l'électricité.

Pendant un mois, tout le mois d'octobre, le malade fut électrisé tous les jours pendant une heure, avec un courant galvanique de 3 éléments Gaiffe.

La vision fait des progrès continuels.

A la fin d'octobre le malade était parvenu à lire deux pages d'imprimerie avec une légère fatigue.

Le 15 novembre. Le séton ne suppurant plus depuis huit jours, on le supprime.

Jannin.

Le 5 décembre. Le malade reconnaît les personnes à 7 ou 8 mètres et peut lire 18 pages d'imprimerie.

L'état actuel du malade est très satisfaisant.

M. le professeur Panas a examiné le fond de l'œil le 20 avril. Il a trouvé que les deux papilles sont un peu décolorées, pâles, d'un teint mat, à droite plus qu'à gauche.

A droite on observe une plaque de décoloration choroïdienne.

Acuité visuelle $V = I$.

Les planches ci-dessus donnent les champs visuels pris le 22 août 1882 et le 20 avril 1883.

Comme nous l'avions dit, l'action du traitement ressort de cette observation d'une façon trop évidente pour pouvoir être méconnue.

Mais l'observation présente en outre quelques particularités que nous allons faire ressortir.

Le malade est robuste, sanguin et très sujet à des congestions vers le cerveau.

Bien souvent il a ce qu'il appelle l'odeur de sang.

Le 8 juillet il a eu encore un accès de ses fièvres habituelles, ensuite il travaille beaucoup, fait quelques excès de boissons et prend beaucoup de café.

Certainement les causes de congestion cérébrale ne lui ont pas manqué.

Enfin, le 21, début des accidents, et le 24 l'œdème de la papille est tout à fait constitué.

Par conséquent, avant la maladie, nombreuses causes d'excitation par congestion cérébrale.

La maladie oculaire s'établit en très peu de temps.

Le traitement antiphlogistique très énergique étant immédiatement institué, on voit l'amélioration se produire très rapidement, après dix jours de traitement.

Enfin, l'amélioration continue de sa maladie a été interrompue par un accès de ses fièvres habituelles, et chose que nous tenons essentiellement à mettre bien en vue, son état visuel a sensiblement diminué pour se remettre, aussitôt la fièvre disparue.

Ainsi la névrite que présentait ce malade avait presque tous les caractères ophtalmoscopiques d'une névrite de cause intra-cérébrale. Ainsi que nous l'avons déjà fait ressortir, les phénomènes cérébraux ne manquaient pas mais ils n'avaient rien de précis, ils pouvaient tout aussi bien ou plutôt aller à une congestion cérébrale, qu'à une méningite.

Pourtant on pourrait se dire que certaines méningites de la base évoluent en donnant lieu à des phénomènes très obscurs, tels que céphalalgies vives, étourdissements qui durent très longtemps et présentent quelquefois des rémissions passagères.

Remarquons d'abord que ces méningites sont sinon toujours, au moins, dans l'immense majorité des cas, secondaires. Lorsqu'elles ne sont pas secondaires, alors elles sont liées à une diathèse, syphilis ou tuberculose.

Enfin ce qui, dans notre pensée, nous fait rejeter encore le diagnostic de méningite localisée de la base, c'est que nous ne pensons pas qu'une méningite chronique non diathésique soit susceptible d'une résorption des lésions auxquelles l'inflammation chronique a donné lieu.

Donc, dans ce cas, comme dans celui de M. Galezowsky, nous rejetons l'hypothèse d'une méningite ; parce que ce diagnostic n'est basé d'abord sur aucun signe précis, parce que nous ne nous trouvons pas en présence d'une diathèse, parce qu'il n'y a aucune cause extra-crânienne qu'on puisse invoquer pour l'explication d'une méningite chronique secondaire, enfin parce que nous nous trouvons justement en présence de guérisons.

Mais la présence de la céphalalgie, ainsi que d'autres symptômes diffus peu graves du côté du cerveau, indique clairement que cet organe est pour quelque chose dans le travail morbide qui se passe au fond de l'œil.

A partir d'ici on ne peut plus rester sur le terrain de la certitude, on tombe dans le domaine de l'hypothèse, et puisque hypothèse il y a, nous avouerons humblement que celle à laquelle nous sommes arrivé dans le chapitre II de ce travail nous paraît assez tentante. A côté des deux cas précédents, qu'il nous soit permis de ranger aussi les deux cas suivants qui nous paraissent pouvoir parfaitement rentrer dans le même cadre, quoique les troubles eussent été un peu moins prononcés. Voici d'abord un cas que nous devons à la bienveillance de M. Dr Galezowski.

OBSERVATION V.

Garçon S..., fils d'un amiral américain, âgé de 9 ans, me fut amené le 2 novembre dernier.

Cet enfant chétif, anémié, a eu au mois de mai der-

nier une rougeole. Depuis trois mois environ, au dire de sa mère, il est d'un caractère très agité et irritable au plus haut degré.

Depuis cette époque, il a de fréquentes insomnies et une excitabilité nerveuse telle que par moment il pleure et crie sans raison aucune.

Il a dû suspendre tout travail, toute occupation, car chaque application prolongée provoque des céphalalgies très violentes.

En juillet et au mois d'août l'enfant a eu quelques crises nerveuses ressemblant à des crises convulsives.

On constate de l'inégalité des deux pupilles : la droite plus large que la gauche et un peu irrégulière ; du reste l'œil n'est pas le moins du monde injecté. L'acuité visuelle est normale pour les deux yeux ($S = 1$), mais l'enfant se plaint de voir des brouillards périodiques passer devant les yeux avec une sensibilité tellement grande pour la lumière qu'on est obligé de le tenir pendant quelques heures dans une chambre obscure.

A l'examen ophtalmoscopique on constate une névrite double, surtout prononcée dans l'œil droit, avec de l'infiltration s'étendant tout le long des branches supérieures temporales. Les veines ne présentent pas de discontinuité, mais elles sont très sinueuses.

Artères normales et pulsations facilement provoquées par compression.

L'enfant distingue très bien toutes les couleurs.

J'ai adressé le malade à M. le Dr Simon qui, après l'avoir examiné, a diagnostiqué une méningite.

Nous prescrivons des vésicatoires volants aux deux

tempes, 6 de chaque côté. Nous prescrivons en outre l'iodure de potassium alterné avec l'huile de foie de morue, ainsi que du sulfate de quinine.

Nous avons surtout insisté sur l'emploi du sulfate de quinine parce que l'enfant est né dans la Nouvelle-Orléans, pays où les accès de fièvre s'observent très fréquemment.

16 novembre. — Il y a aggravation dans l'état de notre malade, qui est très tourmenté par l'insomnie.

Nous avons alors cherché, de concert avec M. Jules Simon, d'envoyer le malade passer l'hiver à Nice, tout en recommandant aux parents de suivre le traitement que nous lui avions précédemment indiqué.

Nous avons vu l'enfant le 27 février, à son retour de Nice, et nous avons constaté un état général excellent et une disparition complète de toute infiltration des papilles.

Voici enfin une observation que nous empruntons à Pflüger (in Arch. Graefe, vol. 24, I) :

OBSERVATION VI.

Le malade nous dit que dix ans avant le début de la maladie actuelle, un jour, pendant qu'il gardait son troupeau, il devint brusquement aveugle de l'œil droit. Le temps était humide, c'était en automne et il se trouvait à ce moment au milieu d'herbages humides (il ne peut se rappeler s'il était chaussé ou pieds nus). En même temps il éprouva un étourdissement qui se pro-

longea pendant plusieurs jours, quoique à un degré plus faible.

La vue s'améliora cependant en partie et peu à peu, puis elle resta stationnaire.

Mais dans ces dernières trois semaines il s'aperçut que la vue de l'œil gauche baissait graduellement sans cause appréciable et sans qu'il eût éprouvé aucune douleur.

A l'ophthalmoscope on constate :

A droite. Papille un peu pâle, contours très nets, veines dilatées, artères un peu rétrécies et légèrement voilées en certains endroits ; pulsations très nettes du rameau rétinien inférieur à son point d'émergence.

A gauche. Papille trouble et gonflée légèrement, veines très dilatées et très sinueuses. Artères retrécies au moins de la moitié de son calibre normal, pouls artériel en deux endroits. Autour de la papille on aperçoit une zone gris d'acier de deux pouces et demi de largeur.

Après douze jours de traitement (1) le malade est renvoyé avec une vue de 20/20 des deux côtés, l'état ophthalmoscopique amélioré à gauche, mais pas encore guéri (p. 185, *ibid.*).

Dans cette observation comme dans les cas précédents le traitement donne des résultats très satisfaisants. Quant à la nature de la cause ayant amené la stase papillaire, nous croyons qu'on peut lui appliquer ici ce que nous disions pour les deux cas déjà cités.

Nous voici donc arrivés après de longs détours au

(1) Purgatifs, iodure de potassium, mercure.

termé de notre travail. Comme nous le disions au début, la question des névrites optiques est particulièrement épineuse. Tout le long de cette étude nous avons soigneusement évité, et nous n'y sommes pas parvenu sans efforts, à ne pas glisser à côté de la question que nous nous étions proposé de traiter.

Nous avons voulu étudier la curabilité de certains cas de névrites présentant tout à fait l'aspect d'œdèmes papillaires secondaires après des troubles intra-crâniens et nous croyons avoir réussi à mettre en lumière ces quelques points.

1° Les causes intra-cérébrales peuvent provoquer des œdèmes de la papille, lorsqu'elles ont pour effet d'augmenter la pression intra-cérébrale.

Cette augmentation de tension peut être accompagnée d'un œdème du tissu cérébral même, ainsi que l'a prouvé M. Parinaud.

2° La constriction du nerf optique à son entrée dans le bulbe oculaire peut être accompagnée d'irritation en ce point, qui devient l'origine d'un travail inflammatoire.

3° L'irritabilité plus ou moins grande du nerf optique à son entrée dans l'œil joue certainement un rôle très important dans la curabilité des lésions papillaires.

4° Les congestions cérébrales répétées, l'hydrocéphalie peuvent probablement donner lieu à des lésions papillaires tout à fait semblables à celles qui viennent à la suite de tumeurs ou de méningites.

5° Certaines papilles étranglées dont la nature est

assez obscure et qui guérissent après un traitement approprié sont probablement dues à ces dernières causes.

Ces quelques points brièvement énoncés qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots :

Que notre cher maître, M. le professeur Panis, reçoive ici l'expression de notre sincère reconnaissance, de notre profond dévouement pour la sympathie et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les longs mois de notre convalescence.

C'est à lui que nous devons notre guérison ainsi que l'idée de notre travail.

Nous prions également M. le Dr Galezowski de recevoir tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli et pour l'observation qu'il a bien voulu nous donner.

QUESTIONS.

sur les diverses branches des sciences médicales.

Physique. — Chaleur animale.

Chimie. — Chloroforme : sa préparation ; moyen de reconnaître sa pureté.

Histoire naturelle. — Organes génitaux du tænia.

Pharmacologie. — Tartre stibié : sa préparation.

Anatomie. — Vaisseaux artériels du globe de l'œil et de ses dépendances.

Physiologie. — De l'accommodation de l'œil pour la vue à diverses distances.

Pathologie externe. — Tumeurs développées, soit dans la cavité, soit dans les parois des sinus maxillaires.

Pathologie interne. — De la fièvre en général.

Pathologie générale. — De l'altération de composition du sang dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Accouchements. — De l'hydroporrhée pendant la grossesse.

Thérapeutique. — De l'emploi du tartre stibié.

Médecine opératoire. — Amputation de la jambe.

Médecine légale. — Pendaison ; submersion.

Hygiène. — Modifications subies par l'organisme dans un pays chaud et dans un pays froid.

Vu par le président de la thèse,	Vu, bon et permis d'imprimer
PANAS.	Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
	GRÉARD.

